

Reijo Haapiainen, Niilo Hendolin ja Mikael Victorzon

Syöpäkirurgian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla

Selvityshenkilöiden raportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	1.2.2017
Tekijät	Toimeksiantaja
Reijo Haapiainen, Niilo Hendolin, ja Mikael Victorzon	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä
	-

Muiston nimi

Syöpäkirurgian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti.

Tiivistelmä

■ Lääketieteellisen teknologian ja tietotaidon kehittyessä erityisesti syöpätautien diagnostiikka- ja hoitomenetelmät ovat muuttuneet nopeasti. Yhä useampi potilas parantuu taudista kokonaan tai elää sen kanssa pidempään. Kymmenestä yleisimmästä syöpämuodosta kahdeksan on kiinteiden kasvainten aiheuttamia syöpiä. Niiden ensisijainen parantava hoito on kirurginen. Potilaan ennusteen kannalta määräävin tekijä on onnistunut leikkaus ja sen suoritustapa. Syövän leikkaushoidossa korostuu erityisesti kirurgi- ja sairaalakohtaisten volyymien merkitys syöpäkirurgian laadun, potilasturvallisuuden ja syövän hoidon tulosten näkökulmasta. Leikkaushoitojen keskittäminen harvempiin sairaaloihin merkitsee potilaan matkojen pitenemistä, mutta samalla se tarjoaa kaikille yhdenvertaisen mahdollisuuden saada hyvää, laadukasta ja vaikuttavaa syövän hoitoa.

Työryhmä ehdottaa, että syöpäkirurgian valtakunnallinen ja alueellinen järjestely Suomessa 2020-luvun tarpeita ajatellen edellyttää selkeää seuranta- ja ohjausmekanismia. Ehdotuksen mukaan yliopistosairaaloiden yhteyteen perustettavat alueelliset syöpäkeskukset ottaisivat merkittävän klinisen vastuun syöpäkirurgian kokonaisuudesta omilla ERVA- alueillaan.

Lääketieteellisesti olisi perusteltua keskittää sellaiset syöpäleikkaukset, joiden vuotuiset leikkausmäärät Suomessa jäävät alle sadan vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Yliopistosairaaloiden tulisi sopia keskenään tästä työnjaosta. Valtakunnallisesti viiteen sairaalaan tulisi keskittää muun muassa keuhko- ruokatorvi-, maha- ja peräsuolen syövän leikkaushoito.

Useiden tavallisten syöpien kuten rintasyövän ja paksusuolensyövän hyväkin leikkausosaaminen perustuu monessa keskussairaalassa yksittäisten tai enintään muutaman kirurgin kokemukseen ja leikkausmäärät voivat jäädä pieniksi. Kullakin yliopistosairaaloiden johtamalla ERVA- alueella tulee jatkossa kyetä entistä tarkemmin sopimaan, mitä syöpäleikkauksia kussakin sairaalassa on tarkoituksenmukaista tehdä.

Asiasanat

Terveyspalvelut, erikoissairaanhoido, terveydenhuoltolaki, sote-uudistus, leikkaushoito, syöpä

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:8	Muut tiedot
	www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	20
ISBN 978-952-00-3858-8	Kieli
URN:ISBN:978-952-00-3858-8	Suomi
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3858-8	



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum	
Social- och hälsovårdsministeriet	1.2.2017	
Författare	Uppdragsgivare	
Reijo Haapiainen, Niilo Hendolin och Mikael Victorzon	Social- och hälsovårdsministeriet	
	HARE-nummer och organets tillsättningsdatum	
	-	
Promemorians namn		
Principer om organisering av cancerkirurgin på 2020-talet. Rapport av utredningspersoner.		
Sammandrag		
<p>■ I och med att den medicinska teknologin och kunskapen har utvecklats har i synnerhet diagnostik- och behandlingsmetoderna för cancersjukdomar förändrats snabbt. Allt fler patienter blir helt botade från sjukdomen eller lever med den längre. Åtta av de tio vanligaste cancerformerna är cancer som orsakas av en fast tumör. Dessa behandlas främst genom kirurgi. Patientens prognos bestäms mest av om operationen lyckades och hur den genomfördes. Vid kirurgisk behandling av cancer betonas särskilt betydelsen av de kirurgiska och sjukhusspecifika volymerna för cancerkirurgin, patientsäkerheten och cancerbehandlingens resultat. Genom att koncentrera kirurgisk behandling till färre sjukhus förlängs patienternas resor, men samtidigt erbjuder det alla en likvärdig möjlighet att erhålla bra, högklassig och effektiv cancervård.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att ordnande av cancerkirurgi på nationell och regional nivå i Finland förutsätter med tanke på behoven under 2020-talet en tydlig uppföljnings- och styrningsmekanism. De regionala cancercentralerna som i enlighet med förslaget inrättas i anslutning till universitetssjukhusen bär ett betydande kliniskt ansvar för den cancerkirurgiska helheten inom sina egna ERVA-områden.</p> <p>Det är medicinskt motiverat att koncentrera sådana canceroperationer vars årliga antal understiger 100 i Finland, till färre än fem universitetssjukhus. Universitetssjukhusen ska avtala sinsemellan om denna arbetsfördelning. Till de fem sjukhusen koncentreras på nationell nivå operativ behandling av bland annat lung-, matstrups-, magsäcks- och kolorektalcancer.</p> <p>Vid många centralsjukhus bygger även bra operationskompetens när det gäller de flesta vanliga cancerformerna, såsom bröstcancer och tjocktarmscancer, på en eller högst några kirurgers erfarenhet och antalet operationer kan förbli lågt. Varje ERVA-område som leds av universitetssjukhusen ska i framtiden kunna mer exakt komma överens om vilka canceroperationer det är ändamålsenligt att utföra i varje sjukhus.</p>		
Nyckelord		
Hälso- och sjuktjänster, specialiserad sjukvård, hälso- och sjukvårdslagen, social- och hälsovårdsreformen, kirurgisk behandling, cancer		
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:8	Övriga uppgifter	
	www.stm.fi	
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal:	Språk:
ISSN 2242-0037 (nätpublikation)	20	Finska
ISBN 978-952-00-3858-8		
URN:ISBN:978-952-00-3858-8		
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3858-8		

SISÄLLYS

1	Johdanto	5
2	Yhteenveto	7
3	Syöpätautien ilmaantuvuus ikääntyvässä Suomessa	9
4	Kansallinen syöpäkeskus.....	11
5	Mitä on hyvä syöpäkirurgia	13
6	Syöpäkirurgian valtakunnallinen työnjako.....	14
7	Syöpäkirurgian alueellinen työnjako	17
8	Syöpäkirurgian ohjaus	20

1 JOHDANTO

Terveystenhuollon ja sosiaalihuollon päivystysjärjestelmän uudistamiseen liittyen erikoissairaanhoidon kootaan maassamme suurempiin yksiköihin. Tiettyjä tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoja kootaan sekä alueellisesti että valtakunnallisesti.

Tasavallan presidentti vahvisti terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muutokset 29.12.2016. Muutokset tulivat voimaan 01.01.2017. Ympäri vuorokautisesti päivystävien sairaaloiden työnjako, leikkaustoiminnan kokoaminen sekä terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteispäivystyksen aloittaminen tapahtuu viimeistään 01.01.2018. Ennen lain voimaantuloa annetut perusterveydenhuollon päivystystyö ja synnytystoimintaa koskevat poikkeuslupapäätökset ovat voimassa päätöksessä mainitun voimassaoloajan loppuun.

Laajin erikoisalapäivystys järjestetään 12 ympärivuorokautisen laajan yhteispäivystyksen yksikössä, joista viisi on myös kaikkein vaativinta hoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita. Muut keskussairaalat jatkavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystyötä, johon lisätään sosiaalipäivystystyötä. Niissä keskussairaaloissa jatkuu tavallisimmin tarvittavien lääketieteen erikoisalojen ympärivuorokautinen päivystys. Kunkin viidestä yliopistosairaaloiden johtamasta erityisvastuualueesta tulee sopia keskussairaaloidensa yksityiskohtaisesta työnjaosta.

Sosiaali- ja terveysministeriölle 30.09.2016 luovutetussa Reijo Haapiaisen ja Petri Virolaisen laatimassa operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevassa raportissa ”*Kirurgia Suomessa 2020-luvulla*” (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:56) tuotiin esille erityisesti tekonivelkirurgian ja syöpäkirurgian keskittämisen sekä sairaaloiden välisen työnjaon sopimisen tarve.

Väestön Ikärakenteen muutoksen seurauksena syöpää sairastavien henkilöiden määrä tulee voimakkaasti lisääntymään seuraavan vuosikymmenen aikana. Uusia syöpätapauksia todetaan maassamme tällä hetkellä vuosittain n. 30 000. Vuonna 2025 uusien syöpätautien määrän ennustetaan olevan n. 40 000. Syöpätautien ilmaantuvuus kasvaa lähes yksinomaan yli 65-vuotiaiden keskuudessa.

Ennusteiden mukaan naisten neljä yleisintä syöpämuotoa 2020-luvulla ovat rintasyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä, ihosyöpä ja gynekologiset syövät. Miehillä neljä yleisintä syöpää ovat eturauhassyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä, keuhkasyöpä ja ihosyöpä. Näiden, kuten muidenkin elimistön kiinteiden kasvaimien, parantava ja ensisijainen hoitomuoto on kirurginen.

Sosiaali- ja terveysministeriö pitää tarkoituksenmukaisena, että kirurgisesti hoidettavien syöpätautien järjestämisen periaatteita ja sairaaloiden välistä työnjakoa koskevaa selvitystyötä jatketaan. Syöpäkirurgiaa koskevassa jatkoselvitystyössä tulee ottaa huomioon päivystystyö- ja hoitotoiminnan aiheuttamat sairaaloiden välisen työnjaon muutokset sekä niiden vaikutukset sairaaloiden päiväaikaiseen kirurgiseen toimintaan.

Riskialtis, vaativa syöpäkirurgia ja harvoin tehtävät syöpäleikkaukset on syytä keskittää valtakunnallisesti yliopisto-sairaaloihin sekä laajan päivystyksen keskussairaaloihin. Kullakin viiden yliopistosairaalan johtamalla erityisvastuualueella tulee olla yhteneväiset syöpäkirurgian liittyvät toimintamallit ja järjestämissopimukset.

Kirurgisten hoidettavien syöpätautien järjestämisestä ja sairaaloiden välistä työnjakoa koskevassa jatkoselvitystyössä tulee lisäksi ottaa huomioon yliopistosairaaloiden yhteyteen perustettavan viiden alueellisen syöpäkeskuksen ja syöpäkirurgian toiminnallinen synkronia. Kaikkien syövän diagnostiikkaan ja hoitoon osallistuvien erikoisalojen ja moniammatillisten työryhmien alueellinen tiivistyvä yhteistyö turvaa osaltaan korkeatasoisen syövän hoidon, syöpätutkimuksen ja opetuksen jatkuvuuden Suomessa.

Suppean päivystyksen keskussairaaloissa tulee voida tehdä erityisvastuualueen yliopistosairaalan ohjaamana suuren volyymin syöpäkirurgiaa. Keskussairaaloiden tavallisimmin tarvittavien lääketieteen erikoisalojen ympärivuorokautisen päivystyksen jatkuminen mahdollistaa tietynlaisten syöpäleikkausten turvallisen toteuttamisen suppean päivystyksen sairaaloissa. Riittävän monipuolinen päiväaikainen kirurgian profiili on myös tärkeä edellytys pehmytkudoskirurgisen päivystysvalmiuden säilyttämiselle keskussairaaloissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on 18.11.2016 allekirjoitetulla toimeksiantosopimuksella päättänyt hankkia syöpäkirurgian järjestämistä ja sairaaloiden välistä työnjakoa koskevan selvitystyön kolmelta asiantuntijalta. Selvityshenkilöinä toimivat professori Reijo Haapiainen Helsingin yliopistollisesta keskussairaalarasta, urologian erikoislääkäri Niilo Hendolin Mikkelin keskussairaalarasta ja kirurgian ylilääkäri professori Mikael Victorzon Vaasan keskussairaalarasta.

Helsingissä 13.01.2017

Reijo Haapiainen

Niilo Hendolin

Mikael Victorzon

2 YHTEENVETO

Operatiivisten erikoisalojen järjestäminen ja sairaaloiden työnjako ei ole Suomessa nykyisin toteutettu tarkoituksenmukaisella tavalla. Sairaalaverkoston ei ole kyetty kehittämään lääketieteen erikoisaloilla tapahtuneen kehityksen mukana. Sairaalaverkon ja osaamisen pirstaleisuus, pienet alueelliset väestöpohjat ja kirurgisten erikoisalojen vaihteleva saatavuus eivät ole otollinen lähtökohta riittävän monipuolisen kirurgisen erikoissairaanhoidon järjestämiselle. Nykyaikaisia hoitoja ei kyetä tarjoamaan tasapuolisesti koko väestölle.

Lääketieteellisen teknologian ja tietotaidon kehittyessä erityisesti syöpätautien diagnostiikka- ja hoitomenetelmät ovat muuttuneet nopeasti. Seulontamenetelmien ja potilaskohtaisesti räätälöityjen yhdistelmähoitojen ansioista monien syöpäsairauksien tulokset ovat parantuneet viime vuosikymmenen aikana.

Nykyisen kaltaisella syöpäkirurgian järjestämismallilla ei kyetä enää takaamaan kaikille potilaille yhdenvertaista syöpäkirurgian saatavuutta ja tarjolla olevia hoitomahdollisuuksia. Tämä on mahdollista kokoamalla osaamista nykyistä suurempiin yksiköihin ja sopimalla sairaaloiden välisestä työnjaosta. Muutos edellyttää sekä valtakunnallisesti että alueellisesta syöpäkirurgian saatavuuden seurantaa, syöpä- ja sairaalakohtaisia rekistereitä, hoitotuloksista raportointia ja toiminnan hallinnollista ohjausta.

”*Kirurgia Suomessa 2020-luvulla*”-raportin liitteinä olevista operatiivisten erikoisalojen lausunnoista käy selkeästi ilmi profession oma näkemys syöpäkirurgian keskittämistarpeesta. Lausunnoissa korostettiin erityisesti kirurgi- ja sairaalakohtaisten volyymien merkitystä syöpäkirurgian laadun, potilasturvallisuuden ja syövän hoidon tulosten näkökulmasta. Toisaalta erikoislääkäriyhdistysten lausuntoja moitittiin kuulemiskierroksilla liian yliopistosairaala- ja menetelmäkeskeisiksi.

Jatkoselvitystyössä ”*Syöpäkirurgia Suomessa 2020-luvulla*” tarkastelun näkökulma on edellistä raporttia laaja-alaisempi. Yliopistosairaaloiden ja erikoisalayhdistysten näkemysten rinnalle on haluttu tuoda keskussairaaloiden näkökulma ja huoli päivystyskirurgian ja riittävän päiväaikaisen kirurgian jatkuvuudesta. Varsinaisen syöpäkirurgisen leikkaustoiminnan lisäksi jatkoselvitystyössä on haluttu korostaa kaikkien syövän diagnostiikkaan ja syöpäpotilaiden hoitoon osallistuvien lääketieteen erikoisalojen merkitystä osana syövän hoidon toimivaa kokonaisuutta.

Syöpäkirurgian tulevaisuuden järjestelyihin liittyvät kuulemistilaisuudet järjestettiin KYS ervan ylilääkäreille Kuopiossa (22.12.2016) ja OYS ervan ylilääkäreille Oulussa (05.01.2017). Mainituissa tilaisuuksissa puheenjohtajina toimivat johtajaylilääkärit Jorma Penttinen ja Kari Haukipuro. Reijo Haapiainen osallistui selvitysmiehenä kuulemistilaisuuksiin.

Muiden yliopistosairaaloiden johtajaylilääkärit Kari-Matti Hiltunen (TAYS erva), Markku Mäkijärvi (HYKS erva) ja Samuli Saarni (TYKS erva) ovat selvitystyön kuluessa kommentoineet syöpäkirurgian porrastusta ja työnjakoa toimivaksi ja voimassa olevien järjestämissopimusten mukaiseksi omilla erva-alueillaan. Heitä on informoitu selvitystyön etenemisen vaiheista sähköpostein. Professori Reijo Haapiainen on antanut selvityksen syöpäkirurgian järjestämisen periaatteista ja työn etenemisestä STM:n kansallisen syöpäkeskuksen valmistelusta vastaavalle työryhmälle 13.12.2016.

Syöpäkirurgiaa koskevan valtakunnallisen työnjaon perusteista ei juurikaan vallitse erimielisyyttä. Profession keskuudessa. Gynekologit ja neurokirurgit ovat sopineet omien erikoisalojensa ylilääkärityöpaamisissa syöpäkirurgian työnjaosta sekä alueellisesta että yliopistosairaaloiden kesken. Syöpäkirurgian työnjako on sovittu varsin yksimielisesti myös korva-, nenä- ja kurkkutautien, silmätautien, ortopedian, plastiikkakirurgian sekä lastenkirurgian erikoisaloilla.

Muiden erikoisalojen suhteen on olemassa jonkin verran näkemyseroja. Kyse lähinnä haiman, mahalaukun, ruokatorven ja peräsuolen radikaalin syöpäkirurgian sekä eräiden harvinaisten urologisten syöpien leikkaushoitojen keskittämisestä. Eräissä mainituista syöivistä vuotuiset radikaalileikkausmäärät jäävät varsin pieniksi koko maassa. Lääketieteellisesti olisi täysin perusteltua keskittää sellaiset syöpäleikkaukset, joiden vuotuinen leikkausvolyymi Suomessa jää alle sadan vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan hajautettuna leikkausmäärät jäävät kansainvälisesti tarkastellen varsin pieniksi. Näin voitaneen kuitenkin toimia.

Lähi vuosina on syytä edellyttää, että yliopistosairaalat pääsevät sopimukseen harvinaisten syöpien suhteen tarkemmasta valtakunnallisesta työnjaosta. Tätä edistänee osaltaan syövän hoidon yhtenäisten kansallisten rekisterien perustaminen, joka mahdollistaa hoitotulosten, laadun ja potilasturvallisuuden vertailtavuuden. Mainittujen tietojen saatavuus on myös välttämätön edellytys potilaiden valinnanvapauden näkökulmasta. Perustettavan valtakunnallisen syöpäkeskuksen tulee koordinoida ja ottaa kantaa yliopistosairaaloiden valtakunnalliseen tarkoituksenmukaiseen työnjakoon. Kansallisen syöpäkeskuksen tulee vuosittain raportoida STM:lle muutoksen etenemisestä ja kansallisen syövän hoidon strategian toteutumisesta.

Yliopistollisen sairaalan johdolla viisi erityisvastuualuetta suunnittelee ja vastaa omilla alueillaan säädösten mukaisesti syöpäkirurgian tarkoituksenmukaisesta ja toimivasta työnjaosta. Harvinaiset vaativat syöpäleikkaukset on jo pääosin keskitetty yliopistosairaaloihin. Joitain tarkennuksia on tarpeen kuitenkin tehdä riittävien volyymien ja osaamisen takaamiseksi. Osaamisen kokoaminen ja sairaaloiden välinen työnjako ei tarkoita vain yhdensuuntaista keskittämistä toimintojen siirtämiseksi laajan päivystyksen sairaaloihin tai yliopistosairaaloihin. Monissa suppean päivystyksen keskussairaloista on myös hyvää osaamista, mikä mahdollistaa keskussairaaloiden erikoistumisen tiettyjen syöpien kirurgiseen hoitoon. Virassa olevien syövän hoitoon perehtyneiden kirurgien lisäksi keskussairaloissa tulee olla myös syövän diagnostiikkaan ja hoitoon osallistuvien muiden lääketieteen erikoisalojen lääkäreitä saatavilla. Moniammatillisia työryhmien ja hoitoketjujen tulee olla niin ikään kunnossa. Ostopalveluiden varaan ei syöpäkirurgiaa Suomessa tule rakentaa.

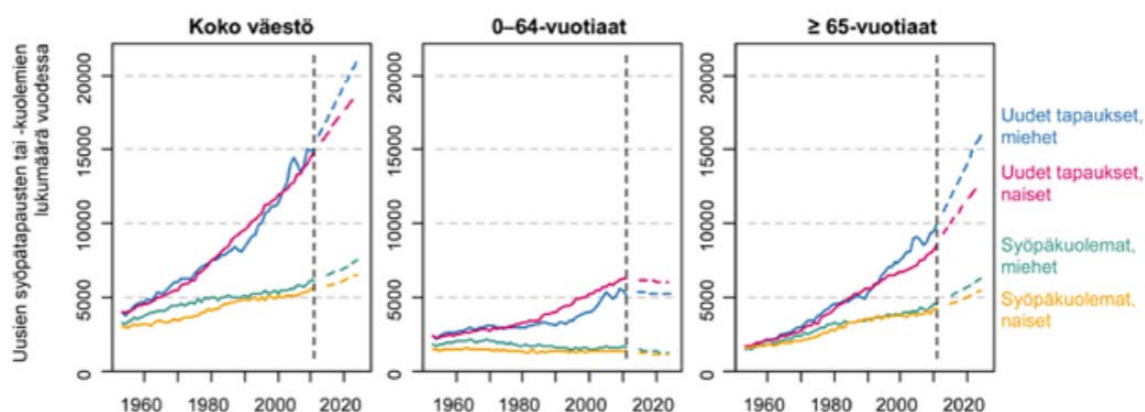
Työryhmä ehdottaa, että yliopistosairaaloiden yhteyteen perustettavat alueelliset syöpäkeskukset ottavat merkittävän kliinisen vastuun syöpäkirurgian kokonaisuudesta omilla eräalueillaan. Syöpäkeskusten tulisi olla hallinnollisesti yliopistosairaaloiden johtajaylilääkäreiden alaisuudessa toimiva syövän diagnostiikan ja hoidon asiantuntijoista koottu monialainen ohjausryhmä. Sen tehtävänä on varmistaa syöpäpotilaille tasapuolinen hoidon saatavuus ja yhtenäiset hoitolinjat. Ohjausryhmän tulee ylläpitää rekistereitä sekä seurata ja raportoida syövän hoitotuloksista. Yliopistosairaaloiden operatiivisten erikoisalojen ylilääkäreiden tulee puolestaan varmistaa potilasohjauksella ja tarvittaessa syöpäkirurgien rotaatiolla ja kumppanuusviroilla osaaminen, hoidon laatu ja potilasturvallisuus erä-alueen eri sairaaloissa.

Työryhmä on ollut yksimielinen edellä kuvatuista syöpäkirurgian järjestämisestä ja keskittämisestä koskevista linjauksista. Niiden avulla on mahdollista keskittää syöpäkirurgia lähivuosina Suomessa alle 20 sairaalaan. Viime vuosina eräitä syöpäleikkauksia on tehty 30–40 eri sairaalassa.

3 SYÖPÄTAUTIEN ILMAANTUVUUS IKÄÄNTYVÄSSÄ SUOMESSA

Suomen Syöpärekisterin ennusteiden mukaan joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään jossakin elämänsä vaiheessa. Uusien syöpätautien määrä kasvaa lähes yksinomaan yli 65-vuotiaiden keskuudessa. Vuosina 2017- 2011 Suomessa syöpään sairastui vuodessa keskimäärin 14 405 miestä ja 14 051 naista. Vuonna 2025 uusia syöpätapauksia todetaan yli 40 000 henkilöllä. Reilussa 10 vuodessa lisäys on n. 30 %. Vuonna 2025 arvioidaan elossa olevilla suomalaisilla todetun 373 000 syöpätapausta, joista 212 000 naisilla ja 161 000 miehillä.

2 Syöpä Suomessa



Kuva 1. Uusien syöpätapausten ja -kuolemien määrät 1953–2011 ja ennustettu kehitys vuoteen 2025 asti koko väestössä sekä erikseen 0–64- ja ≥ 65-vuotiailla.

Kuva THL:n vuonna 2014 julkistetusta kansallisen syöpäsuunnitelman II osasta: Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosin 2014 – 2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjaus 6/2014.

Syöpähoitojen kehittyessä yhä useampi potilas parantuu taudista kokonaan tai elää sen kanssa pidempään. Tämä kehitys lisää syövän diagnostiikan, hoidon ja seurannan tarvetta sekä asettaa haasteita koko terveydenhuoltojärjestelmälle.

Kohti yhdistelmähoitoja

Kymmenestä yleisimmästä syöpämuodosta kahdeksan on kiinteiden kasvainten aiheuttamia syöpiä. Niiden ensisijainen parantava hoito on kirurginen. Monissa kasvainmuodoissa tarvitaan lisänä lääke- ja sädehoitoja. Kasvaintyyppien, niiden levinneisyyden ja potilaiden yksilöllisten ominaisuuksien perusteella hoitoja voidaan nykyisin räätälöidä eri potilaille. Syövän uusiessa paikallisesti tai lähettäessä etäpesäkkeitä esim. maksaan tai keuhkoihin voidaan tehdä uusintaleikkauksia ja valita uusia solusalkajahoitoja.

Uudet lääkkeet, kehittyvä diagnostiikka ja hoitoteknologia edellyttävät usein kalliita laiteinvestointeja sekä moniammatillista koulutettua henkilökuntaa. Toiminta on syytä

keskittää riittävän suuriin yksiköihin, joissa prosessit voidaan hioa ja varmistaa riittävät käyttöasteet.

Potilaiden näkökulmasta vaativien ja raskaiden syöpähoitojen keskittäminen harvempiin sairaaloihin merkitsee matkustamista, mutta samalla se tarjoaa kaikille yhdenvertaisen mahdollisuuden saada hyvää, laadukasta ja vaikuttavaa syövän hoitoa.

4 KANSALLINEN SYÖPÄKESKUS

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä luovutti maaliskuussa 2010 ministeriölle raportin Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020 sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä (2010:6).

Raportissa työryhmä teki ehdotuksia syövän hoidon kehittämiseksi ja määritteli vastuutahot tavoitteeseen parantaa tai ainakin säilyttää hyvät hoitotulokset tasa-arvoisesti koko maassa ja eri väestöryhmissä.

Suosituksen keskeinen sisältö voidaan tiivistää seuraavasti:

- Syövän diagnostiikka ja hoito on järjestettävä kuuden viikon kuluessa lähteen saapumisesta. Kuvantamiseen ja kudoksenäytteiden tutkimiseen saa kulua enintään viikko. Liitännäishoidot on aloitettava viimeistään neljän viikon kuluttua kirurgisesta hoidosta, ellei potilaan tila sitä estä.
- Syövän diagnostiikka, hoito ja seuranta perustuvat valtakunnallisiin tai kansainvälisiin suosituksiin. Samat hoito- ja laatuksiteerit koskevat sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa.
- Vaativaa kirurgiaa, erityisosaamista tai kalliita investointeja edellyttävä diagnostiikka ja hoito keskitetään. Osa syöpähoidoista voidaan suunnitella keskitetysti, mutta toteuttaa lähellä potilaan asuinpaikkaa. Perusterveydenhuollon osuus syöpäpotilaiden seurannassa ja oireenmukaisessa hoidossa lisääntyy.
- Uusien hoitojen hyödyt, haitat ja kustannukset arvioidaan tarvittaessa valtakunnallisesti.
- Laadukasta palliatiivista hoitoa tulee voida toteuttaa kaikkialla terveydenhuollossa.
- Sähköisiä tietojärjestelmiä ja vuorovaikutteista ja monikanavaista viestintää hyödynnetään.
- Potilan osallistumista hoitoon lisätään.
- Syövän hoitoon tarvitaan lisää henkilöstöä syöpäpotilaiden määrän ja vaativien hoitojen lisääntyessä.

Edellä mainittu raportti muodostaa kansallisen syöpäsunnitelman ensimmäisen osan. Vuonna 2014 julkistettiin kansallisen syöpäsunnitelman II osa: *Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjaus 6/2014*. Raportissa korostetaan yhteisten riskitekijöiden vähentämiseen tähtäävien ohjelmien merkitystä sekä hyvin suunniteltujen ja järjestettyjen syöpäseulontojen merkitystä.

Kolmantena merkittävänä kansallisena syövän hoidon ja tutkimuksen tulevaisuuden kehittämishankkeena voidaan pitää hallitusohjelmaan kirjattua ja valtioneuvoston kärkihankkeena valmisteltavaa kokonaisuutta kansallisen syöpäkeskuksen ja genomikeskuksen perustamiseksi sekä julkisten biopankkien toiminnan yhtenäistämiseksi.

Kansallisen syöpäkeskuksen – Comprehensive Cancer Center Finland (FICAN) – Kansallisen syöpäkeskuksen perustamista selvittäneen työryhmän loppuraportissa (Raportteja ja muistioita (STM):2014:13) ehdotetaan, että Kansallinen syöpäkeskus koostuisi kansallisesta koordinaatiokeskuksesta ja viidestä alueellisesta keskuksesta, jotka toimisivat nykyisten yliopistollisten sairaaloiden ja erityisvastuualueiden yhteydessä.

Ennusteiden mukaan neljä yleisintä syöpämuotoa 2020-luvulla ovat naisilla rintasyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä, ihosyöpä sekä gynekologiset syövät, miehillä vastaavasti eturauhassyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä, keuhkosityöpä sekä ihosyöpä. Mainittujen neljän

yleisimmän syövän, kuten muidenkin elimistön kiinteiden kasvaimien, parantava ja ensisijainen hoitomuoto on kirurginen. Potilaan ennusteen kannalta määräävin tekijä on leikkaus ja sen suoritustapa. Kokeneen syöpäkirurgiaan perehtyneen kirurgin ja hoitoon osallistuvan moniammatillisen ryhmän merkitys on ratkaiseva potilaan ennusteen kannalta.

Taulukko 1. Uusien syöpätapausten ja syöpäkuolemien määrät vuonna 2011 ja ennusteet vuosille 2015, 2020 ja 2025 koko väestössä sekä erikseen 0–64- ja ≥ 65 -vuotiailla. Sulkuihin on merkitty ennustettu muutos prosentteina vuodesta 2011.

	Miehet				Naiset			
	2011	2015	2020	2025	2011	2015	2020	2025
Syöpätapaukset								
Koko väestö								
Eturauhanen	4718	5400 (14)	6200 (31)	7000 (48)	-	-	-	-
Rinta	-	-	-	-	4869	5500 (12)	6000 (24)	6400 (31)
Suolisto	1489	1700 (13)	1900 (29)	2200 (45)	1314	1400 (9)	1600 (20)	1800 (34)
Keuhko	1562	1700 (6)	1700 (9)	1800 (12)	815	910 (12)	1100 (29)	1200 (46)
Melanooma	651	790 (22)	970 (48)	1100 (68)	660	800 (21)	1000 (52)	1200 (77)
Kaikki syövät	15024	16900 (13)	19200 (28)	21400 (42)	14734	16000 (9)	17600 (19)	19000 (29)
Syöpäkuolemat								
Koko väestö								
Eturauhanen	880	880 (0)	950 (8)	1100 (22)	-	-	-	-
Rinta	-	-	-	-	839	850 (2)	870 (4)	900 (8)
Suolisto	552	620 (12)	690 (24)	760 (38)	597	590 (-1)	650 (8)	720 (20)
Keuhko	1430	1500 (5)	1600 (9)	1600 (14)	677	740 (10)	850 (26)	970 (44)
Melanooma	148	140 (-7)	150 (1)	160 (10)	76	79 (4)	83 (9)	85 (12)
Kaikki syövät	6104	6400 (5)	6900 (14)	7600 (24)	5547	5700 (3)	6100 (10)	6600 (19)

Kuva THL:n vuonna 2014 julkistetusta kansallisen syöpäsuunnitelman II osasta: Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosin 2014 – 2025. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). Ohjaus 6/2014.

On siis tarkoituksenmukaista, että osana operatiivisten erikoisalojen tulevaisuuden järjestelyjä tarkastellaan myös syöpäkirurgiaa. Yliopistollisten sairaaloiden yhteydessä toimivien alueellisten syöpäkeskusten ohjauksessa ja valvonnassa tapahtuva sairaaloiden välinen työnjako ja osaamisen kokoaminen nykyistä suurempiin yksiköihin on se malli, jolla turvataan väestön ikääntyessä ja syöpähoitojen kysynnän kasvaessa hyvä, turvallinen ja tasapuolinen syövän hoito kaikille kansalaisille.

5 MITÄ ON HYVÄ SYÖPÄKIRURGIA

Syöpäkirurgian saatavuus on Suomessa yleisesti ottaen hyvä. Valtaosa potilaista pääsee leikkaukseen kuukauden sisään diagnoosin ja levinneisstudkimusten varmistuttua. Sairaalakohtaisia eroja hoitoon pääsyssä esiintyy yleisimpien syöpäkasvainten kohdalla etenkin lomakausien aikana. Tästä syystä on tärkeää, että jatkossa yhteistyötä ERVA-alueilla tiivistetään ja kaikkien sairaaloiden resursseja tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena syöpäpotilaiden hoitoonpääsyn varmistamiseksi.

Hoitomuodon valinta on perinteisesti ollut syöpäkirurgin ja potilaan välisen neuvottelun tulos. Syövän hoitomuotojen kehittyessä tarjolla saattaa olla samaan tautiin useita eri hoitovaihtoehtoja. Kullekin potilaalle paras hoitovaihtoehto päätetään nykyisin moniammatillisissa työryhmissä ja samalla sovitaan mahdollisten liitännäishoitojen ja kirurgisen hoidon tarkasta ajoituksesta. Monissa suurissa sairaaloissa tämä on jo normaali käytäntö, mutta pienemmissä yksiköissä mahdollisuudet eri hoitovaihtoehtojen tarjontaan ovat rajoitetut.

Hyvistä etukäteen tehdyistä diagnostisista tutkimuksista huolimatta vasta syöpäleikkauksessa on mahdollista arvioida taudin paikallinen levinneisyys ja kiinnittyminen lähialueen kudoksiin. Syöpäkirurgin kokemuksen ja leikkauksenaikaisten täydentävien tutkimusten perusteella ratkaistaan onko potilaan kohdalla mahdollista pyrkiä ns radikaaliin syöpäleikkaukseen. Tuolloin poistetaan kohde-elin joko kokonaan tai osa siitä. Samalla poistetaan myös lähialueen imusolmukkeet syövän leviämisen estämiseksi. Leikkauksen aikana saatetaan tarvita täydentäviä kuvantamis- ja kudosnäytetutkimuksia, joiden perusteella leikkauksen laajuus päätetään. Vaativissa syöpäleikkauksissa saatetaan myös tarvita monen erikoisalan kirurgeja. Tällaisiin yhteisleikkauksiin ei ole mahdollisuuksia pienissä sairaaloissa.

Vaativaan syöpäkirurgiaan liittyy aina leikkauksenjälkeisten komplikaatioiden uhka. Hengenvaaralliset verenvuodot tai rekonstruktioihin viittavaat komplikaatiot täytyy kyetä tunnistamaan nopeasti ja tekemään tarvittavat uusintaleikkaukset riittävällä asiantuntemuksella vuorokauden ajasta riippumatta. Vain eräissä laajan päivystysvalmiuden sairaaloissa on tähän tarvittavat edellytykset.

Syöpäkirurgiaa keskittämällä on uusien mini-invasiivisten leikkausmenetelmien avulla pystytty lyhentämään syöpäleikkausten jälkeistä vuodeosastohoitjakson kestoa. Nopea kotiutus edistää kuntoutumista ja vähentää sairaalainfektioiden riskiä.

6 SYÖPÄKIRURGIAN VALTAKUNNALLINEN TYÖNJAKO

Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä syöpäkirurgia

Sosiaali- ja terveysministeriölle 30.09.2016 luovutetussa Reijo Haapiaisen ja Petri Virolaisen laatimassa operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevassa raportin ”*Kirurgia Suomessa 2020-luvulla*” (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:56) liitteinä olevissa erikoisalayhdistysten lausunnoissa tuodaan esille hyvin selkeästi syöpäkirurgian keskittämisen tarve sekä valtakunnallisesti että alueellisesti. Joillakin erikoisaloilla kuten gynekologiassa ja neurokirurgiassa vallitsee valtakunnallinen säännöllisiin taapamisiin perustuva profession yksimielinen näkemys yliopistollisiin sairaaloihin keskitetystä kirurgiasta ja yliopistosairaaloiden välisestä työnjaosta. Syöpäkirurgian työnjako on sovittu varsin yksimielisesti myös korva-, nenä- ja kurkkutautien, silmätautien, ortopedian, plastiikkakirurgian sekä lastenkirurgian erikoisaloilla.

Lääketieteellisesti olisi täysin perusteltua keskittää Suomessa sellaiset syöpäleikkaukset, joiden vuotuinen leikkausvolyymi jää alle sadan vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan hajautettuna vuotuiset leikkausmäärät jäävät kansainvälisesti tarkastellen varsin pieniksi. Kokonaisuuden kannalta näin voitaneen muutosvaiheessa toimia.

Ajan myötä on odotettavissa, että myös yliopistosairaalat sopivat keskinäisestä työnjaosta harvinaisten syöpien diagnostiikassa ja hoidossa. Tähän päästäneen rekisterien, hoitotulosten seurannan, niiden julkistamisen, valinnanvapauden ja perustettavien alueellisten syöpäkeskusten yhteistyön ja valtakunnallisen seurannan kautta.

Syöpätautien diagnostiikkaan ja hoitoon osallistuvilla lääketieteen erikoisaloilla erikoislääkäreitä on hyvin saatavilla yliopistosairaaloihin, joissa on mahdollisuus kouluttautua suppeiden osa-alueiden osaajiksi ja tehdä myös alan tutkimus- ja kehittämistyötä. Lääketieteellisen teknologian, tutkimus- ja hoitomuotojen sekä tietotaidon kehittymisen ansiosta monien syöpäsairauksien hoitomahdollisuudet ja -tulokset ovat parantuneet parin viimevuosikymmenen aikana. Tämä on mahdollista vain riittävän suurissa ja, hyvin resursoiduissa ja varustetuissa sairaaloissa.

Työryhmä ehdottaa alla lueteltujen syöpien ja kirurgisten syöpähoitojen keskittämistä vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan.

Vähempään kuin viiteen yo-sairaalaan keskitettävä syöpäkirurgia

- Kasvojen ja leukojen alueen vaativa syöpäkirurgia
- Laajasti infiltroivat kilpirauhassyövät
- Vaativa maksakirurgia
- HIPEC
- Verisuoniin kasvavat munuaissyövät
- Levinnyt kivessyöpä
- Penissyöpä
- Laajat sarkoomat
- Kohdunkaulan säästävät toimenpiteet
- Pikkulantion eksentratiot
- Vaativat luutuumorileikkaukset

Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä syöpäkirurgia

Erikoisalayhdistysten antamien lausuntojen ja yliopistosairaaloiden omien näkemysten perusteella professio ei ole vuosien saatossa saavuttanut yksimielistä kantaa haiman, mahalaukun, ruokatorven ja peräsuolen radikaalin syöpäkirurgiaan sekä eräiden harvinaisten urologisten syöpien leikkaushoitojen keskittämisestä.

Viiteen yliopistosairaalaan hajautettuna joidenkin edellä mainittujen syöpien vuotuiset leikkausmäärät varsin pieniksi. Yliopistosairaaloille on annettava mahdollisuus sopivat keskinäisestä valtakunnallisesta syöpäkirurgian työnjaosta ja keskittymisestä tiettyihin hoitokokonaisuuksiin.

On syytä tuoda esille tässä yhteydessä, että joissain laajan päivystyksen ja myös eräissä suppean päivystyksen keskussairaaloissa on sellaista valtakunnan tason osaamista, että toiminnan laatu, potilasturvallisuus, aktiivinen tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä päivystysaikaiset valmiudet huomioon ottaen joitain alla luetelluista syöpäkirurgisista leikkauksista voidaan sopia tehtäväksi myös erva-alueen keskussairaalaissa. Toiminta ei kuitenkaan voi perustua pelkästään yhden osaavan kirurgin varaan.

Alla on esitetty kahdessa koosteessa ne syövät ja leikkaustoimenpiteet, joita työryhmä ehdottaa keskitettäväksi viiteen yliopistosairaalaan

Viiteen yo-sairaalaan keskitettävä syöpäkirurgia I

- Akustikusneurinoomat, kallonpohjan kasvaimet, insulan alueen glioomat
- Pään, kasvojen ja kaulan alueen laajoja dissektioita vaativa syöpäkirurgia
- Laaja-alaiset ihon melanoomat
- Anaplastiset ja medullaariset kilpirauhassyövät
- Keuhkosityöpä
- Ruokatorvisyöpä
- Rajoitetut maksaresektiot
- Haiman pään syöpäkirurgia
- Mahasyöpä
- Sarkoomat
- Periytyvä paksusuolisyöpä
- Rektumisyöpä

Oheen liitetyissä ”Viiteen yo-sairaalaan keskitettävissä syöpäkirurgia I ja syöpäkirurgia II” -koosteissa on muutamia sellaisia kirurgisesti hoidettavia syöpiä ja niiden leikkausmenetelmiä, joiden suhteen toimiva työnjako yhtenäistyy valtakunnallisen ohjauksen ja seurannan myötä. Valtakunnallisesta työnjaosta sovittaessa huomioon tulee ottaa myös yliopistosairaaloissa annettavan erikoislääkärikoulutuksen näkökohdat.

Viiteen yo-sairaalaan keskitettävä syöpäkirurgia II

- Robottiaivusteiset radikaaliprostatektomiat
- Invasiivisen rakkosyövän kirurgia
- Laaja-alaiset ihon melanoomat
- Kookkaat (>2-3 cm) papillaariset ja follikulaariset kilpirauhassyövät
- Korkean riskin endometriumsyöpä
- Munasarjasyöpä
- Kohdunkaulasyöpä
- Ulkosynnytinten syöpä

7 SYÖPÄKIRURGIAN ALUEELLINEN TYÖNJAKO

Syöpäkirurgia keskussairaaloissa

Aiemmin saatujen lausuntojen ja kuulemisten perusteella on todettavissa, että monissa keskussairaaloissa tehdään hyvää ja laadukasta syöpäkirurgiaa. Käyttöön on otettu uusia leikkausmenetelmiä ja tehty tarvittavia laiteinvestointeja. Osaaminen perustuu kuitenkin monissa sairaaloissa yksittäisten tai enintään muutaman kirurgin kokemukseen. Vuotuiset leikkauksenvolyymit jäävät väestöpohjista riippuen myös varsin rajallisiksi ja ongelmatilanteissa - etenkin lomakoina - ei riittävää osaamista aina löydy.

On myös pieniä keskussairaita, joista puuttuu virassa olevia syöpäkirurgeja, patologeja, radiologeja sekä syöpälääkäreitä. Toimintaa pidetään yllä joko osittain tai kokonaan ostopalveluiden avulla. Pitkäjänteinen sitoutuminen, toiminnan kehittäminen, henkilöstön koulutus ja yksilöllisten syöpäkirurgian vaihtoehtojen menetelmien pohdinta saattaa jäädä tuolloin vähemmällä huomiolla. Etenkin näin on, jos mainittuja näkökohtia ei vaadita sopimuksissa ja insentiivit perustuvat suoritettujen toimenpiteiden lukumääriin.

Alla olevasta Niilo Hendolinin ja Mikael Victorzonin kokoamasta kahdeksan keskussairaalan kirurgian ylilääkäreille lähettämän kyselyn vastauksista käy ilmi, mikä on tilanne eräiden keskeisten syöpäkirurgiaan liittyvien parametrien suhteen kyseisissä sairaaloissa.

PARAMETRIT	KOTKA	H.LINNA	VAASA	KOKKOLA	KAJAANI	MIKKELI	S.LINNA	KEMI
<u>Väestöpohja</u>	172 000	175 000	170 000	79 000	75 000	103 000	43 000	63 000
<u>Ge-kir. el.</u>	6	6 (+1 Thx kirurgi)	6 (+1 Thx kirurgi)	1,5 (+2 Thx-kir)	4	4	1	2
<u>Urol el.</u>	3,6	3	4,5	1	1	3	1	1
<u>Patol el.</u>	3	4	3	2	1	op	op	2
<u>Radiol el.</u>	"Hyvä"	?	13	8	on	5	3	2+op
<u>Toimenpideradiol.</u>	"Hyvä"	1	2	1	on	1	1	1
<u>Onkol. el.</u>	5,5	3	8	3	op (1)	0,5+op	0,5	0,8
<u>Yleiskir el.</u>	2	2	2	1	on	0	0	2
<u>Plastiikkakir. el.</u>	1	1	1	0, op	op	op	0,5	op
<u>ColonCa/v.</u>	n. 70	n. 70 -75	n. 70 - 80	n. 40	60	70	15	30
<u>Rektum Ca/v.</u>	30	40-45	35	15	keskit	20	4	10
<u>Radik Prostat./v.</u>	0 (keskitetty)	0 (keskitetty, n. 15/v.)	20-25		keskit	n.20	keskit.	keskit.
<u>RintaCa/v.</u>	180	185-190	150 + 25	85 (op. gyn)	80/120	170	79	76
<u>ERCP/ v.</u>	180-200	170	150-180		60-65	30-50	keskit.	keskit.
<u>Työnjakosop. ERValla</u>	ON (HUS)	ON (TAYS)	ON (TYKS)	ON (OYS)	ON (OYS)	ON (KYS)	ON (KYS)	ON (OYS)
<u>Säännöll. syöpämeeting-toiminta?</u>	ON (Rektum-, Keuhko-, Rintasyövät, Urol onkol)	ON (Rektum-, Keuhko-, Rintasyövät, Urol onkol)	ON (Rektum-, Keuhko-, Rintasyövät)	ON (x1/viikko)	ON	rintasyöpä keuhkos.	rintasyöpä	rintas keuhkos. suolistos.
<u>Jo keskitetty?*</u>	Prostatektomiat, Virtsarakkasyövät.	Prostatektomiat, laparoskooppiset munuaisresektiot, kontinentit suolirakot	Munuaisten osapoistot ja prostatektomiat tähyttämällä	Matala rectumca, urol. onkologia	rectum		Kystekt. Prostatekt	

* Kaikki keskussairaalat ovat keskittäneet vaativan haimasyöpäkirurgian, ruokatorven ja mahansuun alueen syöpäkirurgian, maksan ja sappiteiden syöpäkirurgian, peräsuolisyöpäkirurgian sidekudossyöpäkirurgian, kilpi-rauhassyöpäkirurgian, suun nielun ja kurkunpään alueen syöpäkirurgian, lisämunuais-syöpäkirurgian, HIPEC-kirurgian, luutumorikirurgian ja maksan alueen etäpesäkkeiden poistokirurgian oman Erva-alueensa työnjakosopimuksen mukaisesti. Samoin on keskitetty keuhkosyöpäkirurgia lukuunottamatta Kokkolan ja Hämeenlinnan keskussairaita.

Eräissä keskussairaaloista tehdään omiin leikkausaineistoihin perustuvaa tutkimustyötä ja osallistutaan sekä kansallisiin että kansainvälisiin syövän eri hoitomuotoihin liittyviin tutkimusprojekteihin. Tällaisilla keskuksilla on luonnollisesti halua kasvattaa myös omia leikkausvolyymeja. Hankkimalla potilaita oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta on ollut mahdollista lisätä sairaanhoitopiirin ulkokuntatuloja. Keskussairaaloiden välille on myös saatettu solmia ilman erva-tason käsittelyä kahdenkeskisiä sopimuksia potilaiden ohjaamisesta sellaisiin sairaaloihin, joissa on yksittäisten kirurgien ympärille

Kokonaisuutena voidaan todeta, että Suomessa on hyvää syöpäkirurgian osaamista ja kapasiteettia. Nykyresursseilla kyetään hyvin vastaamaan tulevaisuudessa syöpäkirurgian lisääntyvään tarpeeseen. Tämä edellyttää kuitenkin nykyistä paremmin toimivaa työnjakoa, tulosten seurantaa ja valtakunnallista ohjausta.

Syöpäkirurgian jatkamisella keskussairaaloissa on merkitystä sairaaloiden päivystysvalmiuden ja päiväaikaisen kirurgisen toimintaprofiilin kannalta. Kaikissa niissä keskussairaaloissa, joissa on synnytystoimintaa, säilyy myös erikoissairaanhoidon synnytystoimintaa tukeva ympärivuorokautinen päivystysvalmius. Synnytysairaaloissa tulee olla gynekologian ja lastenlääkäripäivystyksen lisäksi sekä anestesia- ja tehohoidon että pehmytkudoskirurgian päivystysvalmius. Yhden päivystysrenkaan ylläpito vaatii n. 8-10 lääkärin virkapohjan ja heille riittävästi päiväaikaista toimintaa ja potilaita. Pehmytkudoskirurgisesta päivystysvalmiudesta vastaavat vatsaelinkirurgit, urologit ja verisuonikirurgit.

Keskussairaaloiden päiväaikaisesta leikkaustoiminnasta 50-60 % on päiväkirurgista toimintaa. Päiväkirurgian osuus riippuu kunkin sairaalan erikoisalatarjonnasta. Päiväkirurgian osuuden keskussairaaloissa voidaan arvella jonkin verran lisääntyvän nykyisestä aluesairaaloista siirtyvän potilasmateriaalin takia.

Väestön ikääntyessä syöpäkirurgian tarve tulee lisääntymään voimakkaasti lähivuosina, mistä syystä keskussairaaloita tarvitaan varmistamaan suurivolyymisten kirurgisesti hoidettavien syöpien diagnostiikan ja hoidon saatavuus. Keskussairaaloista on harvinaiset ja keskittämistä vaativat syöpäleikkaukset jo pääosin ohjattu yliopistosairaaloihin. Pientä työnjaon terävöittämistä kuitenkin vielä tarvitaan eräiden keskussairaaloiden kohdalla.

Osaamisen kokoaminen ja sairaaloiden välinen työnjako ei tarkoita vain yhdensuuntaista keskittämistä eli toimintojen siirtämistä laajan päivystyksen sairaaloihin tai yliopistosairaaloihin. Monissa keskussairaaloista on hyvää osaamista ja riittävästi virassa olevia kirurgeja. Kulakin yliopistosairaaloiden johtamalla ERVA-alueella tulee kyetä jatkossa entistä tarkemmin sopimaan, mitä leikkauksia kussakin sairaalassa on tarkoituksenmukaista tehdä. Kyse ei ole ainoastaan kirurgeista. Kirurgien ohella tarvitaan myös monen muun lääketieteen erikoisan osaajia ja moniammatillisten työryhmien osallistumista toimintaan. Suppean päivystyksen kategoriaan kuuluvissa keskussairaaloissa on alueellisesti järkevällä työnjaolla mahdollista päästä riittäviin vuotuisiin volyymeihin ja kustannustehokkuuteen.

Työryhmä ehdottaa alla luetelluin reunaehdoin suurivolyymisen syöpäkirurgian leikkaustoimintaa jatkettavaksi keskussairaaloissa. Vuotuiset lukumäärät ovat viitteellisiä ja tarkentuvat erä-kohtaisesta työnjaosta sovittaessa.

Syöpäkirurgia keskussairaaloissa

ERVA-alueiden ohjauksessa
 Meetingtoiminnan tehostaminen
 Telemediisin hyödyntäminen
 Lääkärityövoiman liikuteltavuus
 Alueelliset syöpäkeskusten ohjaus, seuranta- ja raportointivastuu
 Volyymikriteerit

Syöpäkirurgia Keskussairaaloissa

- Kolonsyöpäkirurgia (>70/v)
- Radikaaliprostatektomiat
- 3D-laparoskopialla (>70/v)
- Munuaissyöpäkirurgia
- (>70/v)
- Rintasyöpäkirurgia (>70/v, onkoplastinen valmius)
- Matalan riskin endometriumsyöpä
- Papillariset ja follikulaariset kilpirauhassyövät (< 2-3 cm, >50/v)

Lukumäärät ovat osin viitteellisiä ja niistä tulee sopia erä-alueilla tarkemmin.

8 SYÖPÄKIRURGIAN OHJAUS

Syöpäkirurgian valtakunnallinen ja alueellinen järjestely Suomessa 2020-luvun tarpeita ajatellen edellyttää selkeää seuranta- ja ohjausmekanismia. Alla olevaan taulukkoon on koottu ne keskeiset periaatteet, joiden avulla on mahdollista keskittää syöpäkirurgia tulevaisuudessa alle 20 sairaalaan Suomessa.

Yhteenveto

Keskussairaaloiden mahdollisuudet tehdä suuren volyymin syöpäkirurgiaa säilyvät

- Riittävä vuotuinen volyymi (paksusuolisyövät, urologiset syövät, rintasyöpä)
- Riittävästi syövän hoitoon osallistuvien erikoisaloiden osaajia ja monialaisia työryhmiä

Yliopistosairaaloiden johdolla sovitaan erva-alueen sairaaloiden työnjaosta syöpäkirurgiassa

Alueelliset syöpäkeskukset toimivat syövän hoidon ohjausryhmänä erva-alueilla

- Hoidon saatavuuden ja toimivan työnjaon varmistaminen
- Moniammatillinen yhteistyö, telemedisiinan hyödyntäminen, meeting-toiminta, hoitolinjaukset
- Rekisterien perustaminen ja ylläpito, raportointivelvollisuus
- Syöpäkirurgian laadun, potilasturvallisuuden ja hoitotulosten seuranta
- Medikolegaalinen turva syöpää hoitaville lääkäreille
- Opetus, tutkimus ja innovaatiot

Valtakunnallinen syövän hoidon strategia, ohjaus ja seuranta STM:ssä

Osaamisen kokoaminen ja syöpäkirurgian keskittäminen alle 20 sairaalaan